



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی لرستان

مرکز آموزش در مانی اعصاب و روان مهر

کتابچه راهنمای اخذ شرح حال بیماران روان

تأیید کننده: دکتر احد فاضلی (روانپزشک)

تهیه کننده: خدیجه فرضی (سوپروایزر آموزشی/سوپروایزر سلامت)

ویرایش: ۰۱

تاریخ بازنگری: 1404/06/31

تاریخ ابلاغ: ۱۴۰۳/۳/۱

کد: ED-BKLT-09

## طبقه بندی اختلالات روانی به لحاظ شدت

در ساده ترین طبقه بندی اختلالات روانی به سه دسته اختلالات نوروتیک، اختلالات شخصیت و اختلالات سایکوتیک طبقه بندی می شوند.

### اختلالات نوروتیک

اختلالات خفیف روانی هستند که معمولا به کمک مشاوره، روان درمانی و دارو درمانی برطرف می شوند. بیماران نوروتیک کسانی هستند که بیشتر خود در رنج و عذاب هستند. وسواس ها، اختلالات اضطرابی و افسردگی جزء اختلالات خفیف روانی به شمار می روند. این گروه از بیماران نسبت به بیماری خود بینش دارند.

### اختلالات شخصیت

این دسته از اختلالات از نظر شدت بین اختلالات نوروتیک و سایکوتیک قرار دارند. بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت نسبت به بیماری خود بینش ندارند. به همین دلیل اطرافیان آنان بیشتر از خودشان در رنج و عذاب به سر می برند. درمان اختلالات شخصیت به کمک دارو درمانی و روان درمانی تحلیلی صورت می گیرد.

### اختلالات سایکوتیک

اختلالات شدید روانی هستند که معمولا به کمک دارودرمانی، الکتروشوک و روان درمانی درمان می شوند. بیماران سایکوتیک نسبت به بیماری خود بینش ندارند، بنابراین هرگز برای درمان مراجعه نمی کنند. اسکیزوفرنیا، اختلالات هذیانی، افسردگی با تابلوی سایکوتیک و مانیا جزء اختلالات شدید روانی به شمار می روند. ویژگی های بیماران سایکوتیک عبارت اند از:

درباره ی بیماری خود بینش ندارند.

دچار هذیان و توهم هستند.

قضاوت آنان مختل است.

تکلم و رفتار آنان آشفته و غیرطبیعی است.

واقیت سنجی آنان مختل است؛ یعنی مرز بین واقعیت و خیال در آنان به هم می خورد، بنابراین نمی توانند ارزیابی درستی از شرایط به عمل آورند و در شرایط مختلف رفتار مناسبی داشته باشند. برای مثال ممکن است لخت در خیابان راه بروند، حرف های بی ربط بزنند و نسنجیده سخن بگویند.

### اختلالات روانپزشکی حاد و مزمن

در طبقه بندی دیگر اختلالات روانپزشکی به دو دسته ی حاد و مزمن تقسیم می شوند:

اختلالات روانپزشکی حاد: اختلالاتی هستند که اخیراً شروع شده اند و حداکثر بیش از چند ماه از طول دوره ی آن ها نمی گذرد؛ مانند: حمله ی مانیک در بیماری که اخیراً به آن مبتلا شده است و یا بیماری که از شش ماه قبل تا کنون به افسردگی دچار شده است.

### اختلالات روانپزشکی مزمن:

اختلالاتی که به صورت طولانی مدت در فرد وجود دارند و شدت آن ممکن است متغیر یا ثابت باشد. مانند اختلال اسکیزوفرنیا، اختلالات هذیانی اختلالات وسواسی، هراس دیس تایمیا. به عبارتی، فردی که بیش از یک سال به یک اختلال روان پزشکی مبتلا می باشد بیماری او را مزمن می نامیم.

#### پیش آگهی

به معنای آینده و دورنمای بیماری است که به دو دسته ی پیش آگهی خوب و بد تقسیم میشود.

پیش آگهی خوب: شروع بیماری در سن بالا جنس زن، تأهل، داشتن سابقه ی تحصیلی و شغلی خوب قبل از بیماری، اولین حمله ی بیماری را تجربه کردن، شروع ناگهانی و وجود استرسور به عنوان علت ایجاد کننده ی بیماری، ملاک هایی برای پیش آگهی خوب در بیماری مطرح اند.

پیش آگهی بد: شروع بیماری در سنین پایین، جنس مرد، مجرد، داشتن سابقه ی تحصیلی و شغلی بد قبل از بیماری، تجربه ی چندین حمله ی بیماری در گذشته، شروع تدریجی و بروز بیماری بدون علت یا عامل استرس زا، همگی بر پیش آگهی بد دلالت دارند.

### تکنیک های ارتباط درمانی:

تکنیک های ارتباط درمانی شیوه های خاصی هستند که پرستاران با استفاده از آنها می توانند با بیمار ارتباط برقرار نمایند، اطلاعات لازم را کسب کنند و به بیمار کمک کنند تا اضطراب و تعارضات خود را کاهش دهد. استفاده از این تکنیک ها موجب آشکار شدن علائم، نشانه ها، اختلالات و تعارضات می شود. در ادامه به بعضی از تکنیک های رایج ارتباط درمانی می پردازیم:

**گشایش سخن (Broadopenings):** منظور از گشایش سخن، تشویق بیمار به صحبت در مورد خودش می باشد. این تکنیک، یک رویکرد بیمار محور است. با این تکنیک، انتخاب موضوع صحبت به بیمار واگذار می شود. انتخاب موضوع صحبت از سوی بیمار این امکان را فراهم می کند که پرستار در جریان افکار او قرار بگیرد. از مزایای دیگر این تکنیک آن است که نظر بیمار در مورد مشکلاتش مشخص می شود. مثال: "دوست دارید امروز راجع به چه موضوعی صحبت کنیم؟".

**سوالات باز پاسخ (Open questions):** سوالات بسته سوالاتی هستند که پاسخ های یک یا چند کلمه ای و کوتاه در پی دارند و معمولا با بله یا نه یا جواب های کوتاه و مشخص پاسخ داده می شوند. سوالات با پاسخ بسته فقط برای اخذ اطلاعات جزئی تر مفید است. مثال: "آیا به تازگی در زندگی خود کسی را از دست داده اید؟" یا این سوال که "شما با چه کسی زندگی می کنید؟" جواب این سوال ممکن است یک کلمه مثل همسر یا مادر باشد. سوالات بسته پاسخ برای کسب اطلاعات مشخص و شناسایی علائم لازم است اما زمانی که سوال بسته محدودیتی برای بیمار ایجاد می کند، نباید مورد استفاده قرار گیرد. سوالات باز پاسخ های طولانی تری به دنبال دارند. چنین سوالاتی، پاسخی بیش از جواب بله یا نه را می طلبند. سوالات باز طرف مقابل را به گفتن جزئیات بیشتر تشویق می کند. مثال: کمی در مورد افرادی که با شما زندگی می کنند توضیح دهید. در پاسخ به این سوال، بیمار علاوه بر ذکر اسامی، اطلاعاتی در مورد آنها نیز به پرستار می دهد. در سوالات بسته ممکن است بیمار از بیان مطالب مهم خودداری نماید و فقط آنچه را که خواسته شده است بیان کند اما سوالات باز به بیمار اجازه می دهد که بدون احساس محدودیت، مسائل خود را کامل بیان کند. همچنین سوالات باز برای بیمار فرصتی فراهم می کند تا بگوید که به چه چیزی فکر می کند یا چه احساسی دارد و احساسات منفی خود را نیز تخلیه نماید. بنابراین در جریان ارتباط درمانی سوالات با پاسخ های باز بر سوالات با پاسخ های بسته ترجیح داده می شود و بهتر است مصاحبه با سوالات کلی و باز شروع شود.

**بیان مجدد (Restarting):** در بیان مجدد، پرستار استنباط خود را از گفته های بیمار بیان می کند. به عبارت دیگر، گفته های بیمار با کلمات جدید مجددا بیان می گردد. این تکنیک کمک می کند که اگر بیمار مطلبی را نگفته است، بیان کند؛ باعث برجسته کردن بخش های مهم گفته های بیمار می شود؛ به بیمار کمک می کند تا مسائل خود را در عبارات و جملات معنادارتری ارائه دهد؛ همچنین باعث نظم دهی مجدد مطالب گفته شده و به خاطر آوردن مسائل جدیدی از موضوع مورد بحث می شود.

**سازمان دهی (Structuring):** چگونگی اجرای مصاحبه و ارتباط درمانی باید سازمان دهی شود. با سازمان دهی، اهداف جلسه، نقش پرستار و بیمار و مقررات جلسه مانند رعایت وقت مشخص می شود. دادن پاسخ های منظم و سنجیده به بیمار نیز موجب سازمان دهی می شود. حسن این روش این است که بیمار پی می برد که جهت تغییر رفتار، علاقه و تلاش او نیز لازم است و همچنین از ابهام و سردرگمی پرستار و بیمار می کاهد.

**ربط دادن مطالب:** با این تکنیک، ارتباط غیر منطقی که بین گفته های بیمار وجود دارد، بررسی می شود. مثلا ممکن است بیمار دو مطلب غیر مرتبط را به هم ربط دهد. در اینجا پرستار می پرسد "من متوجه نمی شوم که این دو موضوع چه ارتباطی با هم دارند، به من کمک کنید تا ارتباط آنها را متوجه شوم".

**راهنمایی و هدایت کردن (Leading):** زمانی که بیمار از موضوع دور می شود، هدایت کردن باعث حفظ تمرکز و در نتیجه ادامه صحبت پیرامون موضوع مورد نظر می شود. این کار را می توان با رفتارهای کلامی مانند گفتن "بله متوجه شدم" "خب دیگه چی شد" و یا رفتارهای غیر کلامی مانند تکان دادن سر و کشیدن صندلی به سمت بیمار انجام داد. گاهی نیز با مطرح کردن جملات ناقص و تکمیل آن توسط بیمار می توان وی را به بازگو کردن افکارش تشویق نمود.

**سکوت (Silence):** گاهی در جریان ارتباط درمانی سکوت بوجود می آید که باید با آن برخورد صحیح شود. بوجود آمدن سکوت نباید پرستار را نگران کند و آن را مانع برقراری ارتباط بداند. سکوت در ارتباط درمانی مفید است؛ زیرا به بیمار فرصت می دهد که فکر کند یا گریه کند. ایجاد سکوت به بیمار این پیام را می دهد که همیشه صحبت کردن لازم نیست.

**رویارویی (Confrontation):** به منظور آشکار کردن طفره رفتن ها، تحریف ها و افکار بیمار به کار می رود. رویارویی در واقع نوعی تاکید بر واقعیت ها توسط پرستار است و زمانی به کار می رود که مشخص شود بیمار در مورد رفتار یا موقعیتی تعبیر غلط دارد. همچنین زمانی که بین گفتههای بیمار و رفتارهای او همخوانی وجود ندارد، از این تکنیک استفاده می شود. مثال: بیماری عصبانی به نظر می رسد اما آن را انکار می کند و می گوید "من عصبانی نیستم". پرستار: "شما می گوید که عصبانی نیستید اما قیافه شما چیز دیگری نشان می دهد".

**گوش دادن فعال:** گوش دادن فعال تعهدی برای فهمیدن و رسیدن به درک همدلانه است. گوش دادن فعال به فرد نشان می دهد که پرستار دوست دارد حرف های او را بشنود.

**تصریح (Clarification):** زمانی که گفته های بیمار مبهم است یا توضیحات کافی نیست، با تکنیک تصریح می توان جزئیات بیشتری از گفته های بیمار بدست آورد. به عبارت دیگر با این تکنیک، پرستار سعی می کند که او و بیمار هر دو درک واحدی از موضوع داشته باشند.

**انعکاس (Reflecting):** به معنای برگرداندن افکار، احساسات و سوالات بیمار به خودش می باشد. این عمل باعث می شود که بیمار به صحبت بیشتر و تفکر درباره موضوع مورد بحث و یافتن راه حل های مناسب تر تشویق شود.

مثال: وقتی بیمار می گوید: "من به این موضوع اهمیت نمی دهم"، پرستار با گفتن "شما اهمیت نمی دهید؟"، بیمار را به تفکر بیشتر تشویق می کند. گاهی برای شناسایی محتوای هیجانی گفته های بیمار نیز می توان از تکنیک انعکاس استفاده کرد. پرستار بر اساس گفته های بیمار احساسات را به او منعکس می کند که باعث می شود بیمار احساسات خود را بیشتر نشان دهد. مثال: بیمار می گوید: "مادرم تمام پول های مرا برداشته است". پرستار: "این باعث عصبانیت شما شده است؟".

**تشویق به بیان احساسات (Encouraging expression of feelings):** بیمار تشویق می شود که احساسات خود را ابراز نماید. مثال: پرستار: "چه احساسی نسبت به این مسئله دارید؟" "فکر می کنید امروز بهتر از قبل هستید؟"

**بیان شک و تردید (Voicing doubt):** گاهی می توان با بکار بردن عباراتی که بیمار را به شک و تردید می اندازد، به او این پیام را داد که دیگران با عقاید او موافق نیستند، مسائل را مانند او درک نمی کنند یا او تعبیر درستی از مسائل ندارد. پرستار با استفاده از این تکنیک، بدون اینکه با بیمار مخالفت کند، به او این پیام را می دهد که تفسیر خود را از مسائل، مورد تجدید نظر قرار دهد. مثال: پرستار: "واقعا شما اینطور فکر می کنید؟"

**تقویت مثبت (Positive reinforcement):** تقویت مثبت، یک نوع رفتار از سوی پرستار است که بیمار را به ادامه گفتگو تشویق می کند. به عبارتی، نوعی پاداش برای تقویت رفتار بیمار است. مثلا گفتن عباراتی نظیر "متشکرم که در این مورد برایم توضیحاتی دادید".

**تشویق به توصیف ادراکات (Encouraging description of perception):** از بیمار خواسته می شود که ادراکات خود را توصیف کند. این امر موجب می شود که بیمار برداشت خود را از موقعیت ها یا وقایع بیان کند که هم موجب کاهش ترس و اضطراب بیمار می شود و هم اینکه پرستار با عقاید و احساسات بیمار بیشتر آشنا می شود. مثال: "به من بگویید که چه موقع احساس اضطراب می کنید؟" "صداهایی که می شنوید در مورد چه چیزی است؟".

**تشویق به مقایسه کردن (Encouraging comparison):** از بیمار خواسته می شود که افکار، تجارب یا روابط بین فردی خود را با هم مقایسه نموده و شباهت ها و تفاوت های آنها را بیان کند. مقایسه کردن به بیمار کمک می کند که راهبردهای مقابله ای موثر گذشته را به یاد بیاورد. مثال: بیمار: "من دیگه مثل قبل نیستم". پرستار: "چه تفاوتی با قبل دارید؟".

**قرار دادن رویدادها بر حسب زمان وقوع (Placing event in time or sequence):** با این روش پرستار به بیمار کمک می کند تا اتفاقات زندگی خود را بر اساس زمان وقوع کنار یکدیگر قرار دهد. استفاده از این تکنیک به شناسایی رابطه علت و معلولی و الگوی دوره ای مشکلات فرد کمک می کند. با این روش بهتر می توان اثر یک رویداد را بر رویداد دیگر بررسی نمود. مثال: "این اتفاق قبل از ... افتاد یا بعد از آن؟"

**خلاصه کردن (Summarizing):** خلاصه کردن یا جمع بندی در طی ارتباط درمانی و در پایان مصاحبه از این نظر مفید است که پرستار مطمئن می شود آنچه را که شنیده است، همان چیزی است که بیمار گفته است. بیمار نیز مطمئن می شود که پرستار کاملا به حرف های او گوش داده است.

شرایط لازم جهت مصاحبه:

### ➤ فراهم نمودن مکانی خلوت، امن و بدون مزاحمت:

- اغلب بیماران زمانی به راحتی صحبت می کنند که مطمئن باشند دیگران گفته های آنها را نمی شنوند. لذا فراهم نمودن محیطی امن، آرام و دور از سر و صدا شرط لازم برای مصاحبه است .
- اتاق مصاحبه باید عاری از هر گونه عوامل تحریکی و وسایل خطرناک مانند آینه، جالباسی سیار، کابل برق و هر وسیله دیگری که ممکن است بیمار به هنگام بروز پرخاشگری از آنها استفاده کند، باشد.
- بهتر است بیمار و پرستار مقابل هم و هم سطح یکدیگر بنشینند. این روش نشستن امکان تماس چشمی
- برای رعایت ایمنی پرستار، بهتر است پرستار نزدیک به خروجی اتاق مصاحبه بنشیند .

### ➤ راحتی در بیمار

- مصاحبه را باید با یک صحبت ساده و کوتاه شروع نمود تا بیمار احساس راحتی نماید.
- باید با زبان ساده با او صحبت کرد و از بیان اصطلاحات روانپزشکی خودداری نمود.

### ➤ مدت مصاحبه :

- طول مدت مصاحبه بایستی بر حسب شرایط بیمار و میزان تحمل او در نظر گرفته شود .
- مدت زمان مصاحبه بطور متوسط 45 دقیقه می باشد، اما بسته به وضعیت بیمار متغیر است .
- در بیماران سایکوتیک و نا آرام یا افرادی که مشکلات جسمی دارند؛ چون تحمل کمتری دارند، زمان مصاحبه نباید بیشتر از 20 دقیقه طول بکشد .

#### ➤ آغاز مصاحبه:

پرستار پس از خوش آمد گویی باید خود را به بیمار معرفی نماید و هدف خود را از مصاحبه بیان نماید. این مسئله باعث می شود بیمار احساس راحتی نموده و برای برقراری ارتباط، آمادگی بیشتری کسب نماید .

بیمار را با القاب رسمی مانند نام خانوادگی باید مورد خطاب قرار داد (در کودکان استثنا دارد).

پس از معارفه و بیان هدف بهتر است به بیمار اجازه داده شود تا چنانچه سوالی به ذهنش می رسد، بیان کند. سپس از او خواسته شود در مورد علت مراجعه به بیمارستان و یا در مورد مسائلی که فکر او را مشغول کرده است، صحبت را شروع کند .

پس از اینکه بیمار مشکل خود را بیان نمود، باید به او کمک شود تا آزادانه صحبت کند .

#### ➤ یادداشت برداشتن:

در جریان مصاحبه لازم است از صحبت های بیمار یادداشت تهیه شود.



ولی اگر بیمار با یادداشت برداری مخالفت نمود، باید به خواسته بیمار احترام گذاشته شود.

## ➤ رازداری

هر چند پرستار از نظر اخلاقی و قانونی وظیفه دارد اصل رازداری را رعایت نموده و محرم اسرار بیمار باشد، اما همیشه نمی توان آن را به طور کامل رعایت نمود. مثلاً وقتی بیمار افکار خودکشی یا دیگرکشی داشته باشد، پرستار باید پزشک و سایر پرستاران را در جریان بگذارد؛ لذا رازداری مطلق نیست. لازمست پرستار به بیمار بگوید که برای حفظ سلامتی و امنیت او و دیگران، بعضی مسائل را نمی تواند محرمانه نگه دارد.

در طول مصاحبه با استفاده از تکنیک هایی نظیر تصریح سازی، انعکاس، تشویق به بیان احساسات، و یا مشاهده و ابراز پیام های غیر کلامی مانند تکان دادن سر، می توان روند مصاحبه را با سهولت بیشتری ادامه داد .

در پایان مصاحبه نیز بایستی با استفاده از تکنیک خلاصه کردن، نکات مهم مصاحبه را مرور نموده و از بیمار خواسته شود تا اگر مطلب دیگری وجود دارد، مطرح نماید .

شرح حال روانپزشکی سیر بیماری های قبلی و فعلی را توصیف و اطلاعاتی پیرامون تاریخچه خانوادگی و شخصی بیمار فراهم می کند. اطلاعات مربوط به این بخش از بیمار کسب می شود اما می توان اطلاعات جانبی را از اعضای خانواده، پزشکان معالج قبلی و سوابق قبلی بیمارستانی فرد تهیه نمود .

در معاینه وضعیت روانی (**Mental Status Examination**) (**MSE**) به صورت نظام مند کارکردهای رفتاری، شناختی و هیجانی بیمار در هنگام مصاحبه بررسی می شود. معاینه وضعیت روانی نیازمند مشاهده، گفتگو با بیمار و جستجو و کاوش است .

در نشانه شناسی اختلالات روانی باید توجه داشت که تعریف و بررسی دقیق علائم و نشانه های بالینی مشکل است زیرا علائم و نشانه ها به صورت ذهنی بوده و عینی نیست. یعنی نیاز است که علائم اختلالات کشف شود .

علائم اختلالات روانی شامل دو ویژگی هستند:

(۱) شکل علامت

(۲) محتوای علامت

این دو ویژگی دقیقاً باید مورد ارزیابی قرار گیرند .

مثلاً بیمار بیان می کند که در ذهنش فکری هست که به او می گوید "وی آدم بدی است و در اعمال جنسی نقش انفعالی دارد". این محتوای علامت است که از نظر شکل علامت نیز باید مورد بررسی قرار گیرد. آیا این موضوع به صورت توهم، هذیان، اختلال درک و عاطفه بوده یا آنکه نوعی وسواس می باشد؟ مسئله مهم دیگری که باید به آن توجه کرد افتراق بین رفتارهای بهنجار و نابهنجار است و در واقع می توان گفت چه بسا بسیاری از علائم اختلالات روانی در یک فرد بهنجار نیز با شدت بسیار کمتری دیده می شوند (مثلاً هر کسی در زندگی خود دچار افسردگی می شود). اما زمانی این نشانه ها و علائم از نظر روانپزشکی به عنوان بیماری اهمیت پیدا می کنند که:

۱. شدت آنها بسیار زیاد باشند.
  ۲. برای مدت زمان طولانی باقی بمانند.
  ۳. عملکرد فرد را بر هم بزنند.
- برخی از اجزای وضعیت روانی را می توان با مشاهده شناسایی نمود مثل وضعیت روانی حرکتی و ظاهر عمومی بیمار .
  - برخی دیگر از طریق صحبت با بیمار و پرسیدن سوالات مختلف قابل شناسایی است؛ نظیر جهت یابی، تمرکز و حافظه .
  - برای بررسی تجارب ذهنی بیمار که در چهره و ظاهر بیمار آشکار نیستند نیاز به کنکاش و جستجو وجود دارد؛ زیرا لازمست به طور عمیق تری به جستجوی معنایی که در پشت کلمات و رفتار بیمار نهفته است، بپردازیم. مانند خلق، ادراک، محتوای فکر و اشتغالات ذهنی .
- علاوه بر شناسایی علائم و نشانه ها، باید چگونگی تاثیر آنها بر احساسات و عملکرد فردی و اجتماعی بیمار نیز بررسی گردد .

## علائم و نشانه ها در اختلالات روان پزشکی

**نشانه ها:** نشانه ها توسط پزشک قابل مشاهده اند؛ مانند بی قراری لرزش تیک، عاطفه و ...

**علائم:** شکایاتی هستند که توسط بیمار بیان میشوند؛ مانند: احساس غم، اضطراب شنیدن صداها داشتن افکار مزاحم و....

**نشانیگان:** مجموعه ای از علائم و نشانه ها هستند که نمی توان علت مشخصی برای آنها یافت.

**اختلال:** مجموعه ای از علائم و نشانه ها که علت مشخصی ندارند، ولی دارای معیارهای مشخصی هستند؛ مانند اسکیزوفرنیا، اختلالات خلقی و.... اکثر اختلالات روان پزشکی اختلال نامیده میشوند.

**بیماری:** علت و پاتولوژی بیماری کاملاً مشخص است و عمدتاً در پزشکی مطرح میباشد؛ مانند: اسهال ناشی از ژیاودییا، عفونت ناشی از باکتری استرپتوکوک.

**هوشیاری:** یعنی آگاهی شخص از خود و محیط اطراف. هوشیاری چند سطح دارد که عبارتند از:

**آگاهی:** به مفهوم بیداری و آگاهی از محرکهای بیرونی و انگیزه های درونی میباشد. آگاهی سبب میشود فرد به محرک ها پاسخ دهد و رابطه ی مناسبی با مصاحبه گر برقرار کند.

**لتارژی:** در این حالت بیمار کاملاً هوشیار نیست، اگر تحریکی به او نرسد، به خواب میرود و اگر بیدارش کنند، بی توجه است.

**استوپور:** استوپور یا بهت حالتی است که فرد با وجودی که هوشیار است، کاملاً گنگ و بی حرکت است و نمیتواند به محرکها پاسخ دهد.

**نیمه اغماء:** اختلال شدید هوشیاری؛ به طوری که فرد فقط به محرک های دردناک پاسخ میدهد.

**اغماء:** عدم هوشیاری عمیق به گونه ای که بیمار حتی به محرک های دردناک نیز پاسخ نمیدهد.

**توجه:** تلاش برای معطوف ساختن ذهن به یک موضوع خاص.

**تمرکز:** توانایی حفظ توجه برای یک فاصله زمانی. تمرکز همان توجه است؛ منتها توجهی که کش آمده است و تفاوت این دو از نظر زمان است.

در تمرکز فرد مدت زمان بیشتری به یک موضوع توجه می کند.

**گوش به زنگی:** توجه بیش از اندازه، که در برابر خواب آلودگی قرار می گیرد. اضطراب و ترس، شدید گوش به زنگی را افزایش میدهد.

**جهت یابی:** توانایی شخص برای شناسایی، زمان، مکان و اشخاص. جهت یابی در بیماران مبتلا به اختلالات هوشیاری، از جمله دلیریوم، مختل است.

۱) اختلالات هوشیاری: اختلالات هوشیاری به سه دسته اختلالات مربوط به ۱- کارکرد هوشیاری، ۲- اختلالات توجه ۳- اختلالات تلقین پذیری

#### الف) اختلالات هوشیاری

- ۱- اختلال جهت یابی: ناتوانی فرد در شناسایی زمان مکان و اشخاص.
- ۲- تیرگی هوشیاری: در این حالت فرد نه تنها در جهت یابی بلکه توجه، تمرکز، قضاوت و حافظه نیز با مشکل مواجه است.
- ۳- دلیریوم: حالتی از تیرگی هوشیاری است که آگاهی فرد از محیط کم شده و عملکردهای ادراکی، عاطفی و شناختی وی مختل می شود.
- ترس، توهم و اختلال در جهت یابی نیز در این بیماران وجود دارد.
- ۴- کوماویژیل (اغمای گوش به زنگی): حالت اغمایی که در آن بیمار ظاهراً خواب است، اما هر لحظه آماده ی بیدار شدن میباشد.
- ۵- حالت شفق گونه: یک نوع اختلال هوشیاری است که ناگهانی و سریع ایجاد میشود و ممکن است با حملات خشونت آمیز و توهمات همراه باشد.
- ۶- خواب آلودگی : شدید منظور خواب آلودگی غیر طبیعی است.
- ۷- بهت: فقدان واکنش به محیط و عدم آگاهی از آن.

#### ب) اختلالات توجه

- ۱- حواس پرتی : ناتوانی در حفظ، توجه به گونه ای که هر محرکی میتواند توجه فرد را منحرف کند بیماران مبتلا به مانیا به شدت حواس پرت هستند.
- ۲- بی توجهی انتخابی: توجه نکردن به چیزی که اضطراب ایجاد میکند. این اختلال در بیماران اضطرابی دیده میشود.
- ۳- گوش به زنگی: توجه و تمرکز بیش از اندازه به محرکهای داخلی و خارجی. این حالت در بیماران مضطرب و بدبین دیده میشود.
- ۴- حالت خلسه : توجه متمرکز و هوشیاری تغییر یافته که ممکن است در جریان هیپنوتیزم اختلالات تجزیه ای و حالات جذبیده شود.

#### ج) اختلالات تلقین پذیری

تلقین پذیری یعنی پذیرفتن یک عقیده یا نظر بدون چون و چرا

۱- خواب مصنوعی یا هیپنوتیزم: تعدیل هوشیاری به طور مصنوعی که با افزایش تلقین پذیری همراه است

۲- پسیکوز القایی بیماری روانی بین دو یا سه نفر. در این حالت یک نفر به سایکوز مبتلاست و بقیه که به او وابسته هستند تحت تاثیر هذیانهای وی قرار میگیرند و علائمی مشابه نشان می دهند.

۲) هیجان: هیجان احساسی است که فرد تجربه میکند و عاطفه و خلق را در برمی گیرد. هیجان جنبه، شناختی، رفتاری و بدنی دارد.

الف) عاطفه: عاطفه «نشانه» است، چیزی که توسط دیگران قابل مشاهده است؛ برای مثال: خشم با سرخ شدن گشادی چشم ها و آهنگ صدای بالا مشخص میشود. عاطفه میتواند متناسب و نامتناسب باشد.

عاطفه ی متناسب: هیجانی که با خلق هماهنگ است. مانند بیمار افسرده ای که از افسردگی حرف میزند و غم و اندوه در چهره اش منعکس است و اشک در چشمهایش موج میزند.

عاطفه ی نامتناسب: ناهماهنگی بین عاطفه و خلق؛ برای مثال بیمار می گوید: «احساس غم میکنم و افسرده ام (خلق افسرده)، اما لبخندی بر

لب دارد.

ناهماهنگی بین عاطفه فکر: بین عاطفه و فکر ناهماهنگی وجود دارد؛ برای مثال بیمار ممکن است هذیان بزرگ منشی داشته باشد و ادعا کند که بهترین انسان روی زمین است اما غمگین و گریان به نظر برسد و اشک بریزد.

انواع عاطفه عاطفه انواع مختلفی دارد که عبارتند از:

عاطفه ی کند: کاهش شدید در شدت ابراز هیجانهای مثبت یا منفی؛ در بیماران افسرده کاهش شدت هیجانهای مثبت مانند لذت، شادی و... را به وضوح میبینید.

عاطفه ی محدود: کاهش خفیف (کمتر از عاطفه ی کند) دامنه و شدت ابراز هیجان توسط فرد؛ در افراد با شخصیت وسواسی عاطفه ی محدود را به وضوح میبینید. آنها اغلب جدی و سرد به نظر میرسند و کمتر عواطف خود را نشان میدهند.

عاطفه ی تخت: هیچ گونه نشانه ای از ابراز عاطفه در چهره ی فرد دیده نمی شود؛ مانند بی حرکتی چهره و یکنواختی صدا عاطفه ی سطحی و تخت در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دیده میشود.

عاطفه ی بی ثبات: تغییرات سریع و ناگهانی ابراز هیجانی که معمولاً بدون ارتباط با محرکهای بیرونی است مانند بیماری که برای لحظاتی میخندد و سپس گریه سر میدهد عاطفه ی بی ثبات در بیماران مانیک دیده می شود.

ب) خُلق: خلق عبارت است از هیجانی که توسط بیمار گزارش میشود؛ مانند:

افسردگی سرخوشی و خشم خلق یک حالت پایاست و بر تمامی وضعیت روانی فرد (مانند: تفکر، ادراک، تکلم و...) تأثیر می گذارد.

### انواع تغییرات خلق عبارتند از:

۱- خلق ملال انگیز: خلق ناخوشایندی است که در بیماران افسرده یا در افراد طبیعی در شرایط خاص دیده می شود برخی از زنان مبتلا به سندرم قبل از قاعدگی چند روز قبل از قاعدگی خلق ناخوشایند را گزارش میدهند.

۲- خلق نرمال: خلق طبیعی که نه بالا است و نه پایین.

۳- ترک لذت: از دست دادن علاقه به تمام فعالیت‌های لذت بخش که اغلب در افسردگی شدید دیده می شود.

۴- سوگ: احساس غم و اندوه به خاطر از دست دادن یک فرد محبوب.

۵- آلکسی تایمیا: ناتوانی یا دشواری در شرح هیجان‌ات و عواطف خود.

۶- خلق بدون محدودیت: ابراز احساسات شخصی، بدون مهار، که با احساس ارزشمندی زیاد و اغراق آمیز همراه است. خلق بدون محدودیت در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی (مانیا) دیده می شود.

۷- خلق تحریک پذیر: زود آزرده خاطر شدن و زود به خشم آمدن. خلق تحریک پذیر در بیماران پارانوئید افسرده و بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی دیده میشود.

۸- خلق بی ثبات: نوسان بین خلق سرخوش و خلق افسرده یا مضطرب خلق بی ثبات در بیماران اسکیزوافکتیو و نیز در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی دیده می شود.

۹- خلق سرخوش: احساس سرخوشی، شادی، خوش بینی و رضایت کامل از خود که در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی (هیپومانیا و مانیا) دیده میشود.

۱۰- شنگولی: احساس نشاط شدید همراه با احساس بزرگ منشی.

۱۱- سرمستی: احساس وجد شدید.

۱۲- خلق مضطرب: اضطراب توام با نگرانی و دلواپسی.

خلق افسرده: خلق افسرده که با ناامیدی دلتنگی و انفعال همراه است.

اختلالات فیزیولوژیک مربوط به خلق :

بی اشتها: فقدان یا کاهش اشتها.

پرخوری: افزایش اشتها.

بی خوابی انواع آن عبارتند از:

بی خوابی آغاز شب (ناتوانی در خواب رفتن)

بی خوابی میانه ی شب

بی خوابی انتهای شب

پر خوابی : خوابیدن بیش از اندازه ی معمول

تغییرات روزانه ی خلق: خلق صبحها و بلافاصله پس از بیدار شدن از خواب بدتر است و در طول روز بهتر میشود.

کاهش میل جنسی: کاهش، علاقه انگیزه و عملکرد جنسی (افزایش میل جنسی معمولاً در بیماران مبتلا به مانیا دیده میشود).

یبوست: ناتوانی یا اشکال در دفع

خلق مضطرب: موارد زیر در خلق مضطرب دیده میشود.

اضطراب: احساس دلواپسی و نگرانی همراه با منتظر رویدادی ناخوشایند بودن

اضطراب فراگیر: نگرانی گسترده و بدون دلیل خاص فرد در این حالت اضطراب و نگرانی را در تمام طول روز تجربه می کند و غالباً دلیلی برای نگرانیهای خود ندارد.

ترس: اضطراب ناشی از خطری واقعی فرق بین ترس و اضطراب در این است که در حالت ترس معمولاً خطری واقعی وجود دارد و فرد از آن می ترسد؛ اما در اضطراب فرد ممکن است حتی بدون وجود خطری خارجی دچار دلشوره و اضطراب شود و یا ممکن است خطری وجود داشته باشد و فرد در شدت آن اغراق کند. ترس شدید در اختلال هراس دیده میشود.

آژیتاسیون: اضطراب شدید همراه با بیقراری.

تنش: افزایش فعالیت روانی - حرکتی که ناخوشایند است. در حالت تنش ، فرد در عضلات خود تندیگی احساس می کند.

حالت پانیک: حمله‌ی حاد دوره‌ای و سریع اضطراب، همراه با بروز علائم خودکار مانند افزایش ضربان قلب و نبض سرخ شدن، تعریق لرزش دست و..... فرق آن با اضطراب فراگیر در این است که در پانیک شدت علائم اضطراب بیشتر است؛ اما اضطراب به صورت حمله‌ای و گذرا چند دقیقه رخ میدهد. در حالی که در اضطراب فراگیر شدت اضطراب کمتر است و فرد در یک دوره زمانی طولانی (تمام) روز مضرب و نگران است

بی احساسی: حالت کندی، هیجانی همراه با احساس بی تفاوتی این حالت در بیماران اسکیزوفرنیک دیده می‌شود.

احساس دوگانگی: وجود هم زمان دو تکانه‌ی متضاد نسبت به یک چیز یا یک فرد در یک زمان مانند عشق و نفرت همزمان به یک فرد

تخلیه‌ی هیجانی: ابراز هیجانات همراه با به خاطر آوردن تجربه‌ای دردناک

احساس شرمگینی: ناتوانی در برآوردن انتظارات شخصی و ظاهر نشدن طبق انتظارات که سبب میشود فرد از خودش راضی نباشد.

احساس گناه: احساس گناه و پشیمانی از کاری که اشتباه دانسته شود. افراد زمانی که خلاف معیارهای اخلاقی رفتار می‌کنند، احساس گناه می‌کنند.

کنترل تکانه: توانایی مقاومت در برابر یک تکانه یا وسوسه

۳) رفتار حرکتی: اختلال در فعالیت‌های حرکتی، که در برخی از بیماری‌های روان‌پزشکی مانند اسکیزوفرنیای کاتاتونیک اختلالات تیک و... دیده می‌شود؛ که عبارتند از:

۱- پژواک رفتار: تقلید بیمارگونه‌ی حرکات شخص دیگر.

۲- کاتاتونی: وضعیتهای بدنی غیر طبیعی در اسکیزوفرنیا

۱-۲- کاتالپسی: وضعیتی بی حرکتی که برای مدت طولانی حفظ میشود در اسکیزوفرنیای کاتاتونیک دیده میشود.

۲-۲- کاتاتونیک: فعالیت حرکتی توأم با بیقراری و بدون هدف

۲-۳- بهت کاتاتونیک: کاهش واضح فعالیت و حرکت بدنی

۲-۴- سفتی کاتاتونیک: فرد به طور ارادی وضعیتی بدنی خاصی را به خود می‌گیرد و در برابر تلاش دیگران برای حرکت دادن آن عضو مقاومت می‌کند.

۲-۵- وضعیت‌گیری کاتاتونیک: انتخاب ارادی وضعیتی نامناسب و غیرعادی که برای مدت زمان زیادی حفظ شود و در اسکیزوفرنیای کاتاتونیک دیده می‌شود.

۲-۶- انعطاف‌پذیری مومی: در این حالت انگار اندامهای بیمار از موم ساخته شده‌اند و میتوان آنها را به هر شکلی درآورد (اسکیزوفرنیای کاتاتونیک)



۳- منفی کاری: بیمار در مقابل درخواست انجام یک عمل عکس آن را انجام میدهد و یا ممکن است آن را انجام ندهد.

۴- کاتا پلکسی (خشک زدگی): از دست دادن ناگهانی قوام عضلانی تحت تأثیر هیجانها؛ مانند فردی که به دنبال شنیدن خبری بد ناگهان دست و پایش شل می شود و بر روی زمین می افتد.

۵- رفتار کلیشه ای یا قالبی: الگوی تکراری، ثابت و بدون اهمیت در حرکات بدن و تکلم

۶- ادا و اطوار: اطوارهای غیر عادی و قالبی مانند سلام نظامی دادن که در اسکیزوفرنیا دیده می شود ادا و اطوار مربوط به حالت‌های چهره ای فرد است.

۷- خودکاری: انجام دادن خودکار اعمال به صورت ناهشیار که در اسکیزوفرنیا دیده می شود مانند بیماری که به کرات سرش را برمی گرداند و نسبت این به رفتار ناآگاه است.

۸- خودکاری دستوری: پیروی خودکار از تلقین ها

۹- برآشفستگی کاتاتونیک: فعالیت‌های حرکتی بی هدف و سراسیمه که ناشی از محرک‌های خارجی نیست

۱۰- گنگی: صحبت نکردن علیرغم سالم بودن اندام گفتاری

۱۱- فعالیت بیش از اندازه

۱۱-۱- بیش فعالی: فعالیت همراه با بی‌قراری پرخاشگری و تخریب اغلب با آسیب مغزی زمینه ای همراه است.

۱۱-۲- آژیتاسیون روانی - حرکتی: بیش فعالی حرکتی و شناختی بی هدف در پاسخ به تنش‌های درونی

۱۱-۳- تیک: حرکات نامنظم غیرارادی و تکرار شونده در برخی عضلات؛ مانند تکان دادن سر به دو طرف بالا انداختن یکی از شانه ها و پلک زدن.

۱۱-۴- خوابگردی: فعالیت‌های حرکتی طی خواب (مانند راه رفتن)

۱۱-۵- آکاتزیا: بی‌قراری تنش عضلانی و ذهنی ناشی از مصرف دارو تفاوت آن با آژیتاسیون این است که آکاتزیا صرفاً به وسیله دارو ایجاد میشود.

۱۱-۶- وسواس عملی: تکانه های غیر قابل کنترل برای انجام یک فعالیت به طور مکرر مانند شست و شو آبکشی و واریسی مکرر.

○ دیپسومانی: احساس اجبار برای نوشیدن الکل

- کلپتومانی: احساس اجبار برای اقدام به دزدی
- نمفومانی: احساس نیاز بیش از اندازه به انجام عمل جنسی در زن
- شهوت پرستی مرد: احساس نیاز بیش از اندازه به انجام عمل جنسی در مرد.
- تریکلو تیلومانی: احساس اجباری برای کندن موهای خود
- آداب وسواسی: فعالیتهایی است که بیمار به قصد کاهش اضطراب انجام میدهد؛ مانند شست و شوی بدن به شیوه ای خاص انجام فعالیتهایی، خاص مانند سه بار دور خود چرخیدن قبل از خروج از منزل
- بی تعادلی: اختلال هماهنگی عضلانی فرد موقع راه رفتن تعادل کافی ندارد.
- پر خوری وسواسی: پر خوری بیمارگونه
- لرزش: حرکات موزون و متناوب که اغلب سریع تر از یک حرکت در ثانیه است.

۱۲- کاهش فعالیت حرکتی: کاهش فعالیت حرکتی و شناختی مانند کندی روانی – حرکتی کندی جریان فکر و کندی تکلم.

۱۳- تقلید کودکی: تقلید ساده حرکات دیگران که در دوران کودکی دیده میشود.

۱۴- پرخاشگری ریتی: خشمی که به صورت کلامی توهین کردن سروصدا راه انداختن و... و یا به صورت غیر کلامی کتک زدن پرت کردن و یا شکستن

اشیاء ابراز می شود

۱۵- برون ریزی: برون ریزی یک تمایل ناخودآگاه یا یک تکانه به صورت عملی؛ مانند: به هم کوفتن درب شکستن، اشیاء پرت کردن اسباب و لوازم به دنبال احساس خشم

۱۶- بی ارادگی: کاهش تکانه برای اندیشه و عمل که با بی تفاوتی به نتایج اعمال همراه است.

۱۷- بی رمقی: فقدان توان و نیرو

۱۸- نایستی – بدگامی: ناتوانی در ایستادن و راه رفتن به طور طبیعی

۱۹- مدفوع خواری: خوردن مدفوع یا کثافت

۲۰- سفتی عضلانی: بی حرکتی عضلات در اسکیزوفرنیا

۲۱- کره: حرکات غیر ارادی بدون هدف، پرتابی و سریع

۲۲ - تشنج : انقباض یا اسپاسم خشن و غیر ارادی عضلات

(۴) تفکر: تفکر یکی از کارکردهای روانی است که اختلالات مربوط به آن به دو دسته ی اختلال در فرم و فرایند و اختلال در محتوا طبقه بندی می شود.

الف) اختلال در فرم و فرایند تفکر

اختلال در فرم و روند تفکر سبب میشود که بیمار نتواند به هدف خود برسد و منظور خود را بیان کند. انواع آن عبارتند از:

(۱) واژه سازی: ساختن کلمات غریب و بی معنی توسط بیمار که در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دیده میشود.

(۲) سالاد کلمات : بیمار تعدادی کلمات نامربوط را کنار هم ردیف می کند و جمله ای میسازد که ،فعل ،فاعل حرف اضافه یا حرف

قید ندارد.

(۳) حاشیه پردازی: بیمار در پاسخ به سؤال یا توضیح یک مطلب حاشیه میروود اما در نهایت به هدف میرسد.

(۴) تفکر مماسی: بیمار در پاسخ به سؤال یا توضیح یک مطلب حاشیه میروود ولی در نهایت به هدف نمیرسد و علت آن ناشی از ناتوانی در حفظ تداعیهای فکری هدفدار است. این نشانه در اسکیزوفرنیا دیده میشود.

(۵) بی ربط گویی: تفکری که اگر به زبان آورده شود قابل درک نیست و کاملاً بی ربط است.

(۶) در جاماندگی تکرار پاسخ یا پاسخ مداوم به محرک قبلی علیرغم رویارویی با محرک جدید در جاماندگی در بیماران مبتلا به اختلالات شناختی بیشتر دیده میشود.

(۷) وراجی : تکرار بی معنی عبارات و لغات خاص

(۸) پژواک کلام: تکرار بیمارگونهی سؤال یا عبارات مصاحبه کننده یا دیگران.

(۹) پالی لالیا: تکرار بیمارگونهی بخشی از جمله ی خود.

(۱۰) پاسخ نامربوط: پاسخی که به سؤال مطرح شده ربطی ندارد

(۱۱) شل شدن تداعی ها: جریان تفکری که در آن ایده ها از موضوعی به موضوعی کاملاً نامربوط تغییر می کنند و در حد شدید می توانند منجر به بی ربطی کلام شوند این نشانه در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دیده میشود

۱۲) **پرش افکار**: سخن گفتن سریع و پی در پی که بیمار به سرعت از موضوعی به موضوع دیگر می‌رود. پرش افکار در بیماران مبتلا به مانیا دیده می‌شود و خفیف تر از شل شدن تداعی هاست. برای ا درک بهتر به یک مثال توجه: کنید در شل شدن تداعی ها انگار بیمار از یک درخت به درخت دیگر می پرد، اما در پرش افکار بیمار روی یک درخت است و از شاخه ای به شاخه ی دیگر می رود. به عبارتی در پرش افکار ارتباط کم و ناچیزی بین جملات بیمار وجود دارد؛ در حالی که در شل شدن تداعی ها چنین ارتباطی دیده نمی شود.

۱۳) **از خط خارج شدن**: انحراف تدریجی یا ناگهانی قطار تفکر بدون وقفه که در اسکیزوفرنیا دیده میشود.

۱۴) **تداعی آوایی**: تداعی کلماتی که از نظر آوایی مشابه اند ولی از نظر مفهومی متفاوت هستند این نشانه در بیماران مبتلا به مانیا

دیده میشود.

۱۵) **انسداد فکر**: توقف ناگهانی قطار تفکر پیش از آنکه فکر یا عقیده ای به پایان برسد پس از مکثی کوتاه، شخص آنچه را که میخواست بیان کند به خاطر نمی آورد

۱۶) **غریبه گفتاری**: سخن گفتن زیر زبانی که در اسکیزوفرنیا دیده می شود.

۱۷) **تفکر در خودماندگی**: اشتغال ذهنی با دنیای درونی این نشانه از ویژگیهای اختلال اسکیزوفرنیا میباشد

۱۸) **تفکر سحر آمیز**: گونه ای از تفکر به دور از واقعیت این تفکر مشابه مرحله ی پیش عملیاتی کودکان در طبقه بندی پیاژه است که در آن افکار، کلمات اعمال یا اشیاء دارای قدرت فرض میشوند؛ برای مثال ممکن است که پسری چهار ساله یک لحظه آرزو کند که برادرش صدمه ببیند و اگر بعد از مدتی برادرش به بیماری دچار شود این طور فکر کند که او باعث بیماری برادرش شده است، چون چند روز قبل آرزوی مرگ او را کرده است.

۱۹) **تفکر واقعیت گریز**: فعالیت ذهنی ناهماهنگ با منطق و تجربه.

۲۰) **تفکر غیر منطقی**: تفکری که با منطق جور در نمی آید و با نتیجه گیری های اشتباه همراه میباشد در کودکان خردسال افراد عقب مانده ی ذهنی و بیماران پسیکوتیک دیده میشود.

ب) **اختلالات مربوط به محتوای فکر عبارتند از:**

۱- **فقر محتوای فکر**: در فقر محتوای فکر بیمار به مقدار کافی صحبت میکند اما به دلیل عبارات، نامفهوم اطلاعات چندانی نصیب شما نمی شود.

۲- **عقیده ی بیش بها داده شده**: عقیده ای که بیمار در مورد یک موضوع خاص دارد و با بحث و استدلال نمیتوانید وی را قانع سازید که از آن دست بردارد اما شدت آن کمتر از هذیان می باشد. عقیده ی بیش بها داده شده بین عقیده ی معمولی و هذیان قرار دارد؛ مانند: اعتقاد به کثیف بودن یک شیء و آبکشی مکرر آن در یک بیمار وسواسی

۳- هذیان: هذیان عقیده ی نادرستی است که بر پایه ی استنباط نادرست شخص از واقعیت قرار دارد این باور با هوش و زمینه ی فرهنگی شخص ناهماهنگ است و با استدلال و دلیل نیز اصلاح نمی شود. هذیانها در دو طبقه ی بزرگ تحت عنوان هذیانهای غریب و غیر غریب قرار می گیرند.

۳-۱- هذیان غریب: باور عجیب و غریبی که هیچ گونه مصداقی در واقعیت ندارد هذیانهای غریب خاص اسکیزوفرنیا می باشند. انواع هذیانهای غریب عبارتند از:

- هذیان ربایش فکر : باور هذیانی مبنی بر این که افکار شخص توسط نیروها و یا اشخاص دیگری از مغز او بیرون کشیده میشوند
- هذیان کاشت فکر: باور هذیانی مبنی بر این که نیروها و یا اشخاص دیگری افکاری را در مغز او می کارند.
- هذیان پخش افکار: باور هذیانی مبنی بر این که افکار شخص در فضا پخش میشود و دیگران آن را میشوند.
- کنترل فکر: باور هذیانی مبنی بر این که افکار شخص توسط نیروها یا افراد دیگری کنترل می شود لازم به ذکر است که همه ی این هذیانهای غریب جزء هذیانهای کنترل هستند. به عبارتی محتوای مشترک موجود در همه ی اینها این است که فکر و احساس فرد تحت کنترل نیروهای خارجی است.

۳ - ۲- هذیان غیر غریب: هذیانهای غیر غریب باورهای نادرستی هستند که مصداقی در واقعیت دارند؛ مثلاً بیمار دارای هذیان گزند و آسیب بر این باور است که مادر شوهرش در غذای او سم میریزد. همان طور که ملاحظه میکنید هم مادر شوهر و هم سم در واقعیت مصداق دارند. هذیانهای غیر غریب در انواع اختلالات سایکوتیک اختلالات، هذیانی اختلالات دوقطبی و اختلالات سایکوتیک ناشی از اختلالات طبی و سایکوز ناشی از سوء مصرف مواد دیده میشوند. انواع هذیانهای غیر غریب عبارتند از:

**(الف) هذیان نظام یافته:** باور یا باورهای نادرستی هستند که با حادثه یا موضوعی واحد به هم مربوط شده اند؛ مثلاً بیمار براین باور است که توسط FBI CIA مافیا و یا توسط رئیس خود تحت تعقیب قرار دارد.

**(ب) هذیان هماهنگ با خلق :** هذیانی که محتوای آن با خلق هماهنگ است؛ برای مثال بیمار افسرده ای که بر این اعتقاد است که او مسئول ویرانی جهان است.

**(ج) هذیان ناهماهنگ با خلق :** هذیانی که محتوای آن با خلق هماهنگ نیست؛ برای مثال بیمار افسرده ای که دارای هذیان بزرگ منشی است بر این باور است که ناجی جهان است و از طرف خداوند رسالت دارد.

**(د) هذیان نیست انگارانه:** عقیده نادرستی مبنی بر این که خود فرد دیگران یا هستی وجود ندارند و یا دنیا به آخر رسیده است.

**(ه) هذیان فقر :** باور نادرستی که در آن شخص معتقد است، از هست و نیست ساقط خواهد شد.

**(ی) هذیانهای بدگمانی:** هذیانهای بدگمانی عمدتاً در اسکیزوفرنیا اختلالات هذیانی و افسردگی اساسی دیده میشوند. انواع آن عبارتند از:

- **هذیان گزند و آسیب باور نادرستی مبنی بر این که شخص مورد اذیت و آزار قرار گرفته است و یا دیگران درصدد آزار او هستند این نوع هذیان بیشتر در اسکیزوفرنیای پارانوئید و اختلال هذیانی دیده میشود.**
  - **هذیان بزرگ منشی :** برداشت مبالغه آمیز از اهمیت و قدرت خود، که عمدتاً در اختلال مانیا دیده میشود.
  - **هذیان انتساب :** بیمار بر این باور است که حرکات و رفتار دیگران به او اشاره دارند این نوع هذیان در اختلالات سایکوتیک و هذیانی دیده می شود برای مثال بیمار فکر میکند که دیگران او را زیر نظر دارند و در موردش حرف میزنند.
  - **هذیان خود مقصر بینی:** احساس کاذب گناه و پشیمانی. این نوع هذیان در بیماران افسرده با تابلوی سایکوتیک دیده می شود.
  - **هذیان حسادت یا بی وفایی:** باور نادرستی که از حسادت بیمارگونه منشأ می گیرد مبنی بر این که همسر یا فرد مورد علاقه ی شخص به او خیانت میکند
  - **هذیان اروتومانی:** باور هذیانی که در زنان بیشتر از مردان دیده می شود بیمار فکر میکند فردی با موقعیت بالا عاشق اوست.
- ۴) **اشتغال ذهنی:** مشغول بودن ذهن و اندیشیدن به موضوعی خاص. افراد عاشق اشتغال ذهنی با معشوق دارند یک فرد بدهکار اشتغال ذهنی با قرض و وام دارد.
- خود پردازی:** اشتغال ذهنی بیمارگونه با خود.
- مونومانی:** اشتغال ذهنی بیمارگونه با موضوعی خاص
- ۵) **خود بیمارانگاری نگرانی مبالغه آمیز در مورد سلامتی خود.**
- ۶) **وسواس ها:** که شامل وسواس فکری و عملی می شود.
- ۶-۱ **وسواس فکری:** افکار مزاحم تکراری و غیر قابل مقاومت که که با اضطراب همراه است و باعث رنج بیمار میشود.
- ۶-۲ **وسواس عملی** احساس اجبار برای انجام عملی براساس یک تکانه که اگر در مقابل آن مقاومت به خرج داده شود، اضطراب ایجاد میشود؛ مانند شست و شو آبکشی و یا واریسی چیزی به صورت مکرر..
- ۶-۳ **بدهنی:** بیان اجباری کلمات زشت و زننده
- ۷) **فوبیا یا هراس:** ترس ،مداوم ،بیمارگونه غیر منطقی و مبالغه آمیز از محرک یا موقعیتی خاص که به اجتناب از محرک یا موقعیتی خاص منجر می شود. انواع آن عبارتند از:
- ۷-۱) **فوبیای خاص:** ترس از یک شی خاص مثل عنکبوت یا مار

۲-۷) فوبیای اجتماعی: ترس از تحقیر شدن در اماکن عمومی؛ از جمله ترس از سخن، گفتن ایفای نقش یا غذا خوردن در حضور جمع.

۳-۷) اکروفوبیا ترس از مکانهای بلند.

۷-۴) گذر هراسی ترس از حضور در اماکن عمومی.

۵-۷) الگوفوبیا ترس از درد.

۶-۷) ایلور فوبیا ترس از گربه ها

۷-۷) اریتروفوبیا ترس از سرخ شدن صورت در اثر خجالت

۸،۷) همه چیز هراسی : ترس از همه چیز.

۹،۷) کلاستروفوبیا : ترس از مکانهای بسته

۱۰-۷) بیگانه هراسی : ترس از بیگانه ها

۱۱-۷) جانور هراسی: ترس از حیوانات

۱۲-۷) سوزن هراسی: ترسی، شدید مداوم و بیمار گونه از تزریق

۸) افکار خودکشی : فکر از بین بردن خود و برنامه ریزی برای به عمل درآوردن این خواسته افکار خودکشی در بیماران افسرده ناامید بیش تر دیده میشود.

۹) افکار دیگر کشی: فکر از بین بردن کسی که بیمار احساس می کند باعث بدبختی او شده است افکار دیگر کشی در اسکیزوفرنیا و اختلالات

هذیانی دیده می شود.

۵) تکلم: بیان افکار و احساسات از طریق صحبت کردن، که به دو دسته ی اختلالات تکلم و آفازیا تقسیم میشوند.

الف) اختلالات تکلم

۱ فشار تکلم : در این حالت تکلم سریع و پرفشار بوده و حجم کلمات زیاد است به طوری که قطع صحبت بیمار دشوار است.

۲ حرافی فرد تکلم منطقی دارد ولی پرحرفی میکند. فقر کلام: فرد خیلی مختصر صحبت می کند و تنها کلمات تک سیلابی را به کار میگیرد

۳ فقر کلام در بیماران افسرده دیده می شود.

۴ تکلم ناخودانگیز؛ فرد تنها هنگامی صحبت می کند که به صورت مستقیم مورد سؤال و یا طرف صحبت قرار گیرد.

۵ فقر محتوای کلام فرد به اندازه ی کافی صحبت میکند اما به دلیل عبارات کلیشه ای پوچی و ابهام اطلاعات اندکی به دست می دهد.

۶ دیس پرسودی: فقدان آهنگ طبیعی کلمات

۷ دیزآرتری دشواری در ادای کلمات

۸ بسیار بلند یا آهسته سخن گفتن ناتوانی در تنظیم بلندی کلام که ناشی از سایکوز ،افسردگی مانیا و ناشنوایی است.

۹ لکنت زبان : تکرار زیاد و کشیدن صدا و یا سیلابی خاص که مانع از سخن گفتن به طور روان و سلیس میشود.

۱۰ بریده سخن گفتن تکلم ناموزون و غیر طبیعی به صورت ادای سریع و انفجاری کلمات

۱۱ کندگویی تکلمی که به صورت غیر طبیعی کند است.

۱۲ دیسفونی اشکال در صحبت کردن یا درد هنگام تکلم

ب) اختلالات زبان پریشی (آفازیک): اختلال تکلم ناشی از اختلال در عملکرد نواحی مربوط به تکلم در مغز برخلاف لکنت زبان که در آن مناطق تکلمی مغز سالم است، اما به دلیل اختلال در اندام ،گفتاری فرد قادر به صحبت نمی باشد.

➤ آفازی حرکتی: آفازی حرکتی همان آفازی بیانی یا بروکا است که سخن گفتن فرد غیر طبیعی میباشد.

➤ آفازی حسی: فرد به راحتی صحبت میکند اما قادر به درک صحبت دیگران نیست که به آن آفازی در کی یا ورنیکه نیز گفته میشود.

➤ آفازی اسمی یا نامیدن دشواری: در یافتن نام صحیح یک شی.

➤ آفازی نحوی: ناتوانی در چیدن کلمات به طور صحیح

➤ آفازی کلی: ترکیبی از آفازی حرکتی و حسی

➤ ناگویی: ناتوانی در صحبت کردن به دلیل نقص عقلی یا زوال عقل



➤ **هرزه گویی:** استفاده غیرارادی از زبان زشت و زننده در اختلال توره و برخی موارد اسکیزوفرنیا دیده میشود.

۶) ادراک: فرایند تبدیل تحریکات فیزیکی به اطلاعات درونی

### الف) انواع اختلالات ادراک

- ۱- **خطای حسی درک نادرست** از محرکی که وجود خارجی دارد؛ مانند طنابی که فرد آن را در سایه - روشن یک مار میبیند.
- ۲- **توهم درک حسی کاذب** در غیاب یک محرک؛ مانند شنیدن صدا صدا یا دیدن تصاویری که وجود خارجی ندارند انواع توهم عبارتند از:
  - ۱-۲- **توهم پیش از خواب** درک حسی اشتباهی که هنگام خواب رفتن اتفاق میافتد و بیمارگونه نیست
  - ۲-۲- **توهم حین بیدار شدن** درک حسی اشتباهی که هنگام بیدار شدن از خواب اتفاق میافتد و بیمارگونه نیست.
  - ۳-۲- **توهم شنوایی** شنیدن صدایی که وجود خارجی ندارد و معمولاً صدای انسان است. توهم شنوایی اسکیزوفرنیا مشاهده می شود.
  - ۴-۲- **توهم بینایی** دیدن تصاویری که وجود خارجی ندارند که می تواند تصاویر انسان یا جرقه های نورانی باشد. این نوع توهم در اختلالات عضوی شایع هستند.
  - ۵-۲- **توهم بویایی** درک اشتباه بویایی که در بیماریهای طبی و صرع شایع است.
  - ۶-۲- **توهم چشایی:** درک اشتباه چشایی از قبیل مزه ای ناخوشایند که در صرع و اختلالات عضوی دیده می شود.
  - ۷-۲- **توهم لمسی:** مانند احساس خزیدن حشرات زیر پوست که در مسمومیت با کوکائین دیده میشود
  - ۸-۲- **توهم جسمی** درک اشتباه وقوع رخدادی در بدن که بیش تر منشاء احشایی دارد.
  - ۹-۲- **توهم لی لی پوتی** درک اشتباه که در آن اشیاء از نظر اندازه کوچک تر به نظر می رسند
  - ۱۰-۲- **توهم چه افسرده و چه مانیا هماهنگ است.** برای مثال بیمار افسرده صداهایی می شنود که او را شخص بدی می شمردند و یا بیمار مانیک صداهایی می شنود که می گویند وی سرشار از ثروت قدرت و دانش است.
  - ۱۱-۲- **توهم خلق (چه افسرده و چه مانیا) نامتناسب است؛** مثلاً در افسردگی توهمات در برگیرنده موضوعاتی چون احساس گناه و بی ارزشی نیست.
  - ۱۲-۲- **هالوسینوز یا توهم زدگی توهمات** که اغلب شنوایی هستند و با مصرف طولانی مدت الکل ایجاد میشوند.

۱۳-۲ -توهم دستوری: ادراک کاذب دستوراتی که شخص ممکن است خود را ملزم به اطاعت از آنها ببیند و یا قادر به مقاومت در برابر آنها نباشد.

#### ب) تغییرات همراه با اختلالات شناختی

۱ آگنوزی یا نشناسی؛ یعنی ناتوانی در تشخیص چیزهایی که فرد احساس میکند و انواع آن عبارتند از:

۱-۱- نادیده انگاشتن بدن ناتوانی در تشخیص این که قسمتی از بدن متعلق به خود فرد است

۱-۲- آگنوزی بینایی ناتوانی در تشخیص اشیاء یا اشخاص از طریق دیدن

۱-۳- ناتوانی در تشخیص اشیاء با لمس فرد نمیتواند به کمک لمس اشیاء را بازشناسی کند.

۱-۴- ناتوانی در تشخیص چهره ی افراد فرد در تشخیص چهره ی افراد مشکل دارد.

۲ آپراکسی: ناتوانی در انجام تکالیف ویژه

#### ج) اختلالات تجزیه ای و تبدیلی

جسمانی شدن احساسات واپس زده شده به صورت پیدایش علایم جسمانی که هیچ علت پزشکی نمیتوان برای آنها یافت و انواع آن عبارتند از:

۱. بی حسی هیستریک: از دست دادن توانایی های مشکلات هیجانی دلیل

۲ درشت بینی حالتی که در جریان، آن اشیاء درشت تر از آنچه هستند به نظر میرسند.

۳ ریزبینی حالتی که در جریان آن اشیاء ریزتر از آنچه هستند، به نظر می رسند.

۴ مسخ شخصیت: احساس ذهنی عجیب احساس غریبی و ناآشنایی به خود.

۵ مسخ واقعیت: احساس ذهنی عجز و غیر عادی به نظر رسیدن محیط.

۶ گریز مرضی: کسب هویت تازه همراه با فراموشی هویت قبلی که اغلب با سفر و سرگردانی در محیط های تازه همراه است.

۷ اختلال هویت تجزیه ای شخصی که به نظر می آید در زمانهای مختلف از دو یا چند شخصیت کاملاً متفاوت برخوردار است.

۷) حافظه: حافظه فرایندی است که به کمک آن اطلاعات در مغز کدگذاری، ذخیره و بازیابی می شوند.

#### الف) اختلالات حافظه

۱- فراموشی: ناتوانی کامل یا نسبی یادآوری تجربیات گذشته که می تواند خفیف یا شدید باشد و ممکن است علت مغزی یا طبعی و هیجانی داشته باشد.

۱-۱- فراموشی پیش گستر: در این فراموشی بیمار قادر به یادگیری مطالب جدید نیست اما مطالب قبلی را به خوبی به خاطر می آورد.

۱-۲- فراموشی پس گستر در این فراموشی بیمار قادر به یادگیری مطالب جدید است اما مطالب یاد گرفته شده ی قبلی را نمیتواند به یاد آورد.

۲ تحریف حافظه: اختلال در حافظه به دلیل اشکال در یادآوری.

۲-۱- افسانه پردازی: پرکردن فواصل از خاطر رفته ی حافظه به طور ناخودآگاه با تجربیات غیر واقعی و خیالی که بیمار آنها را باور می کند. این شایع است و ناشی از آسیب مغزی در نتیجه مصرف الکل حالت در الکلی ها است.

۲-۲- آشنا پنداری بیمار ایک موقعیت تازه و جدید را آشنا و تکراری می پندارد گویی قبلاً هم در آنجا به سر می برده است.

۲-۳- ناآشنا پنداری احساس کاذب ناآشنا بودن یک موقعیت یا مکانی که فرد قبلاً آن را تجربه کرده است و یا در آن جا بوده است.

۳ حدت حافظه افزایش اغراق آمیز ذخیره سازی و یادآوری حافظه.

۴ انتخاب خاطره ای: انتخاب آگاهانه برخی خاطرات قابل تحمل و جالب که خاطرات غیر قابل تحمل را میپوشاند .

۵ واپس زدن مکانیسمی، دفاعی که خصوصیت آن فراموشی تا هشیارانه عقاید یا تکانه های غیر قابل پذیرش است. فرد از این روند آگاه نیست.

۶. خاطره ی کاذب خاطره فرد در مورد حادثه ای که در عالم واقع روی نداده است.

۷ فراموشی نام ها ناتوانی موقتی در به خاطر آوردن اسم یک فرد یا نام یک شخص.

ب) سطوح حافظه...

۱ حافظه ی فوری: یادآوری مطالب پس از چند ثانیه

۲ حافظه کوتاه مدت : یادآوری مطالب پس از چند دقیقه.

۳ حافظه ی اخیر به خاطر آوردن وقایع چند روز اخیر.

۴ حافظه ی گذشته ی نزدیک به خاطر آوردن وقایع چند ماه گذشته

۵ حافظه ی دور به خاطر آوردن وقایع گذشته دور.

۸) هوش: توانایی درک و فهم و یادگیری مطالب جدید.

الف) عقب ماندگی ذهنی بهره هوشی زیر ۷۰ را عقب ماندگی ذهنی

ذهنی میگویند که انواع مختلفی دارد عقب ماندگی ذهنی خفیف با بهره ی هوشی بین ۵۰ تا ۷۰ ، عقب ماندگی ذهنی متوسط با بهره ی هوشی

بین ۳۰ تا ۵۰ و عقب ماندگی ذهنی ، شدید با بهره ی هوشی زیر ۳۰

ب) دمانس از دست رفتن تواناییهای شناختی و هوش به دلیل آتروفی قشر مخ.

ج) دمانس کاذب : علائم و نشانه های دمانس که اغلب در افسردگی دیده می شود و با دمانس واقعی اشتباه گرفته میشود.

د) تفکر عینی: تفکر یک بعدی که ویژه ی افراد عقب مانده ی ذهنی و کودکان زیر دوازده سال است.

ه) تفکر انتزاعی توانایی تفکر چند بعدی همراه با به کارگیری استعاره ها و درک مفاهیم کلی و مجرد و تفکر درباره تفکر خویش تفکر انتزاعی از سنین بلوغ و نوجوانی در افراد

شکل می گیرد؛ مانند درک مفهوم زیبایی، عدالت، راستی، خوبی و....

۹) قضاوت: قضاوت عبارت است از توانایی ارزیابی صحیح یک موقعیت و داشتن عملکردی مناسب در آن هدف گزینی مناسب و انتخاب راهبردهایی متناسب با آن نیز نشانه قضاوت

سالم است.

➤ قضاوت اجتماعی؛ توانایی ارزیابی نتیجه و پیامد رفتار خود در روابط و موقعیتهای اجتماعی.

➤ قضاوت انتقادی : توانایی ارزیابی و انتخاب گزینه ای مناسب از بین دیگر گزینه ها در یک موقعیت با در نظر گرفتن سود و زیان آن برای خود و دیگری.

➤ قضاوت مختل: بیمار با قضاوت مختل نمیتواند یک موقعیت را به طور صحیح درک کند و واکنش مناسبی نسبت به آن نشان دهد. زیرا از تشخیص درست از غلط ناتوان است.

➤ قضاوت خودکار: انجام یک عمل به صورت بازتابی

۱۰) بینش: به معنای این است که آیا فرد بیماری خود را قبول دارد یا نه؟ و در شش سطح طبقه بندی میشود

سطح ۱: انکار کامل بیماری.

سطح ۲: آگاهی مختصر از بیمار بودن، اما انکار همزمان آن.

سطح ۳: آگاهی از بیمار بودن اما بیماری خود را به عوامل خارجی، عضوی یا دیگران نسبت دادن

سطح ۴: بیمار اعتقاد دارد که بیمار است اما علت بیماری را ناشی از چیزی نامعلوم در وجود خود میداند.

سطح ۵: بینش عقلانی بیمار قبول دارد که بیمار است و بیماری او ناشی از مجموعه‌های عوامل بیرونی و درونی است و سبب افت عملکرد او در جنبه‌های مختلف شده است اما درمانها را جدی نمی‌گیرد. بینش عقلانی در بیماران، نوروتیکی که درمانها را جدی نمی‌گیرند، دیده می‌شود؛ مانند وسواس‌ها...

سطح ۶: بینش هیجانی فرد بیماری خود را قبول دارد و بر این باور است که بیماری او ناشی از مجموعه‌ای از عوامل درونی و بیرونی است درمانها را نیز جدی میگیرد

## "شرح حال روانپزشکی"

### اطلاعات دموگرافیک (Identity Data=I.D –(Identification data)

نام خانوادگی    سن    وضعیت تاهل    تحصیلات    شغل    زبان    زمینه قومی و مذهبی    شرایط موجود زندگی بیمار( اهل و ساکن)    محل یا موقعیت مصاحبه  
منبع ارجاع    منابع اطلاعات    دوره چندم بستری    قابل اعتماد بودن منابع    مصاحبه کننده

شکایت اصلی: (Chief complaint=C.C): "....." دقیقاً چرا بیمار مراجعه کرده است ( ترجیحاً به زبان خود بیمار ) اگر اطلاعات از خود بیمار اخذ نشده است منبع

اطلاعات ذکر شود .

### تاریخچه بیماری فعلی (PI) (present illness)

## توجه به عوامل شروع (ناگهانی / تدریجی) - آشکار کننده و تسریع کننده

زمان شروع دوره فعلی کی بوده است؟

رخدادها یا آغازگرهای بلافصل زمینه ساز دوره کنونی بیماری چه بوده اند؟

چرا بیمار الان به روانپزشک مراجعه کرده است؟

شرایط زندگی بیمار هنگام شروع نشانه های بالینی یا تغییرات رفتاری چگونه بوده است و این شرایط چگونه بر بیمار تاثیر گذاشته تا موجب شده اختلال فعلی تظاهر کند؟

سیر تحول نشانه های بالینی بیمار چگونه بوده است؟

نشانه هایی که وجود ندارند ذکر شود؟

رویدادهای آشکار ساز که منجر به وضع فعلی شده اند چه بوده اند؟

بیماری فرد چه تاثیری بر فعالیت های جاری او (مثل کار و روابط مهم) گذاشته است؟

ماهیت اختلال چیست (برای مثال جزئیات مرتبط با تغییر عواملی نظیر شخصیت، حافظه و تکلم)؟

آیا نشانه های روانی-فیزیولوژیک وجود دارند؟ اگر وجود دارند بر حسب مکان، شدت و نوسان توصیف شوند؟

هرگونه رابطه بین نشانه های جسمی و روانی باید یادداشت شود؟

شرح اضطراب های فعلی بیمار و ارتباطشان با موقعیت های خاص مشخص شود؟

بیمار با اضطراب هایش چگونه کنار می آید؟

## تاریخچه بیماری های گذشته (past illness)

دوره های قبلی بیماری های جسمی و روانی توصیف شود

در هر دوره : علائم بیمار، وسعت ناتوانی، انواع درمان های به عمل آمده، نام بیمارستان و پزشک، طول مدت هر دوره بیماری، اثرات درمان های قبلی و میزان رعایت درمان و نوع دارو بررسی شود

وضعیت بیمار بین دوره های بیماری چگونه بوده است؟

در خصوص بیماری های طبی باید علل، عوارض و درمان هر بیماری و تاثیر آن بر شخص یادداشت شود

۱- اختلالات هیجانی یا روانی ( وسعت ناتوانی ، نوع درمان ، نام بیمارستان ، مدت بیماری ، اثرات درمان ) ۲- اختلالات روان تنی ( تب یونجه ، آرتریت ، کولیت ، آرتریت روماتوئید ، سرماخوردگی های مکرر ، اختلالات پوستی ۳- اختلالات عصبی ( سر درد ، ضربه جمجمه ، از دست دادن هوشیاری ، تشنج یا تومور .

## تاریخچه خانوادگی FH = (Family History)

از بیمار و یک نفر دیگر اخذ می شود زیرا در مورد افراد و رویدادهای یکسان ممکن است توصیفات کاملا متفاوتی ارائه شود . سایر افراد خانواده ( توصیف آنها از نظر شخصیتی و میزان هوش و اینکه از زمان کودکی تا کنون چه بر سر آنها آمده است . ) توصیف خانه های مختلفی که فرد در آنها زندگی کرده است. سابقه بیماری روانی در خانواده ، بیمار کجا زندگی می کند ( همسایه ها و سکونت خاص بیمار ) ، حریم خصوصی افراد خانواده در مقابل یکدیگر و خانواده های دیگر ، منابع درآمد خانواده و مشکلات مربوط به آن

در این قسمت ابتدا دو خط نوشته می شود مبنی بر اینکه بیمار در یک خانواده ..... نفری زندگی میکند و فرزند ..... خانواده است. مشخصات خانواده به شرح ذیل می باشد:

پدر: سن، تحصیلات، شغل، سابقه بیماری های جسمی و روانپزشکی

مادر:

خواهر:

برادر:

در انتها سوالات زیر مطرح می شود:

سابقه سوء مصرف مواد و الکل و سایر رفتارهای ضداجتماعی در خانواده؟

ارتباط اعضای خانواده با بیمار چگونه است؟

چه سنت های قومی، ملی و مذهبی در خانواده حاکم بوده است؟

آیا بیمار اعضای خانواده را حمایت گر می داند یا بیتفاوت و یا مخرب؟

بیمار چه نقشی در خانواده ایفا می کند؟

نگرش بیمار نسبت به والدین و خواهر و برادرها چگونه است؟

### **تاریخچه شخصی (personal History)**

۱- سابقه پیش از تولد و حوالی تولد:

خواسته یا ناخواسته بودن بیمار؟

موقعیتی که بیمار در آن متولد شده؟



مشکلی در حاملگی و زایمان مادر وجود داشته است؟

نوع زایمان مادر (طبیعی یا سزارین)؟

شواهدی از نقص یا آسیب به هنگام تولد وجود دارد؟

وضعیت جسمی و روانی مادر در هنگام تولد بیمار چگونه بوده است؟

آیا مادر در ضمن حاملگی الکل، مواد یا داروی خاصی مصرف کرده است؟

**۲- اوایل کودکی (تولد تا ۳ سالگی):**

کیفیت تعامل مادر-کودک ضمن تغذیه؟ تغذیه با شیشه یا پستان، مشکلات تغذیه ای؟

نحوه آموزش آداب توالیت؟ سن کودک، نگرش والدین، احساس کودک در مورد آداب توالد رفتن؟

الگوهای خواب در سال های نخستین؟

رفتارهای خاص بیمارگونه مثل کوبیدن سر به دیوار و...؟

وجود اختلال روانی پدر و مادر که در تعامل کودک مشکل ایجاد کنند؟

آیا کسی غیر از مادر مراقب کودک بوده است؟

آیا کودک در اوایل کودکی مشکلاتی نظیر اضطراب بیگانه و یا اضطراب جدایی شدید داشته است؟

کیفیت رابطه خواهر و برادرها بررسی شود؟

شخصیت اولیه بیمار چگونه بوده است؟ خجالتی، بیقرار، بیش فعال، منزوی، کوشا، معاشرتی، ترسو، ورزشکار، مهربان و ....

توانایی تمرکز، تحمل محرومیت و به تعویق انداختن کامیابی؟

تمایل کودک به نقش های فعال یا منفعل در بازی های بدنی؟

بازی ها و اسباب بازی های مورد علاقه کودک چه بوده است؟

آیا کودک ترجیح می داده است تنها بازی کند یا با دیگران؟ یا اصلا بازی نمی کرده است؟

دورترین خاطره کودکی بیمار چیست؟

آیا در این دوره رویا ها یا تخیلات تکراری داشته است؟

راه رفتن، حرف زدن، دندان درآوردن، رشد زبان، رشد حرکتی، نیازهای برآورده نشده، پایداری ادراک، محرومیت مادری و...؟

علائم مشکلات رفتاری: مکیدن شست، حملات قشقرق، تیک ها، کوبیدن سر، جلو و عقب دادن تنه، وحشت شبانه، ترس ها، خیس کردن بستر، ناخن جویدن و خودارضایی مفرط؟

**اواسط کودکی (۳ تا ۱۱ سالگی):**

همانندسازی جنسی چگونه بوده است؟

تنبیهات به عمل آمده در منزل و مدرسه؟

دوستی های اولیه و روابط شخصی در دوران کودکی؟

تعداد دوستان و میزان صمیمیت؟

رهبر بودن یا پیرو بودن، میزان محبوبیت اجتماعی و مشارکت در گروه یا فعالیت های گروهی؟

آیا کودک قادر به همکاری با همتاها، منصف بودن، درک و رعایت قوانین و کسب وجدان بوده است؟

الگوهای اولیه ابراز وجود، رفتار تکانشی، پرخاشگری، انفعال، اضطراب یا رفتار ضد اجتماعی در زمینه روابط داخل مدرسه؟

سابقه ناتوانی یادگیری؟

وجود کابوس ها، هراسها، خیس کردن بستر، آتش افروزی، بی رحمی نسبت به حیوانات و خودارضایی مفرط؟

عملکرد تحصیلی؟ به کدام درس ها علاقه داشته و یا از کدام درس نفرت داشته؟

### ۳-اواخر کودکی (بلوغ تا نوجوانی):

۳-۱ روابط با همسالان : تعداد و صمیمیت دوستان ، رهبر یا پیرو بودن ، محبوبیت اجتماعی ، شرکت در فعالیتهای گروهی یا دارودسته ها ، چهره های ایده آل ، الگوی پرخاشگری ، انفعال ، اضطراب ، و رفتار ضد اجتماعی .

۳-۲ تاریخچه تحصیلی : میزان پیشرفت ، تطابق با مدرسه ، روابط با معلمین ( محبوب معلم یا یاغی ) ، گرایش ها و مطالعات مورد علاقه ، مزایا و توانایی های خاص ، فعالیتهای فوق برنامه ، ورزش ها ، کارهای ذوقی

۳-۳ رشد شناختی و حرکتی : یادگیری خواندن و سایر مهارت های هوشی و حرکتی ، کژکاری های جزئی مغزی

۳-۴ مشکلات هیجانی یا جسمی خاص نوجوانی : کابوس های شبانه ، هراس ها ، خودارضایی ، خیس کردن بستر ، فرار از منزل ، بزهکاری ، مصرف دخانیات ، مصرف الکل یا مواد ، مشکلات مربوط به وزن ، احساس حقارت

۳-۵ سابقه روانی - جنسی :

۳-۵-۱ کنجکاوی اولیه ، خودارضایی ، بازی جنسی

۳-۵-۲ کسب اطلاعات جنسی ، نگرش والدین نسبت به مسائل جنسی ، سوء استفاده جنسی

۳-۵-۳ شروع بلوغ ، احساس شخص نسبت به آن ، نوع آمادگی ، احساس فرد نسبت به خود ارضایی ، رشد صفات ثانویه جنسی

۳-۵-۴ فعالیت جنسی نوجوانی : خاطر خواهی ، پارتی ها ، ملاقات با جنس مخالف ، معاشقه ، خودارضایی ، احتلام شبانه و نگرش نسبت به آن

۳-۵-۵ نگرش نبیت به هم جنس و جنس مخالف : تمرد ، خجالتی ، پرخاشگر ، نیاز به تحت تاثیر قرار دادن ، اغواگری ، اضطراب

۳-۵-۶ تجربه های جنسی : مشکلات جنسی ، تجربه های هم جنس گرایانه و غیر هم جنس گرایانه ، انحراف جنسی ، بی بندوباری جنسی  
۳-۶ زمینه مذهبی : سفت و سخت ، آسانگیر ، مختلط ، ارتباط زمینه مذهبی با اعمال مذهبی فرد در حال حاضر

مشکلات هیجانی و جسمانی: کابوس ها، هراس ها، خودارضایی، خیس کردن بستر، فرار از منزل و مدرسه، بزهکاری، مصرف دخانیات، الکل یا سایر مواد، بی اشتها یا پر خوری، مشکلات مربوط به وزن، احساس حقارت، افسردگی، افکار و اعمال خودکشی؟

### بزرگسالی:

#### تاریخچه شغلی:

نحوه انتخاب شغل، شرایط آن شغل، تعارضات احتمالی شغلی، احساسات بیمار در مورد شغل و روابط او در محیط کار با کارفرما و همکاران، سابقه شغلی (تعداد و طول مدت مشاغل، دلایل تغییر)؟

#### تاریخچه زناشویی و روابط عاطفی-جنسی:

سابقه هر یک از ازدواج های قانونی؟

روابط عاطفی-جنسی مهم با افراد، نحوه رابطه و سن بیمار، زمینه های توافق یا تضاد (از جمله نحوه خرج کردن پول، مسائل مربوط به مسکن، نقش خانواده طرفین و نگرش نسبت به تربیت کودکان)؟

آیا در حال حاضر رابطه عاطفی-جنسی دارد؟

طولانی ترین رابطه ای که داشته چقدر طول کشیده است؟

کیفیت رابطه بیمار چگونه است؟

بیمار در شریک جنسی خود چه ویژگی هایی می جوید؟

آیا بیمار می تواند رابطه ای را شروع کرده و یا به کسی که نسبت به او احساس کشش می کند نزدیک شود؟

بیمار کیفیات مثبت و منفی روابط فعلی خود را چگونه توصیف می کند؟

نظر بیمار نسبت به روابط عاطفی- جنسی شکست خورده قبلی و علت شکست چیست و چه کسی را مقصر می داند؟

تعداد فرزندان و نحوه تعامل با آنها؟ مشکلات فرزندان؟

**تاریخچه نظامی:**

سازگاری کلی بیمار با نظام وظیفه، روابط با هم سربازها؟

**تاریخچه تحصیلی:**

میزان تحصیلات چقدر است؟

عملکرد تحصیلی چگونه بوده است؟

نگرش بیمار نسبت به پیشرفت تحصیلی چیست؟

**مذهب:**

زمینه مذهبی پدر و مادر و جزئیات تعالیم مذهبی؟ تعارض بین والدین در زمینه تعالیم مذهبی؟

نگرش خانواده نسبت به مذهب؟

بیمار وابستگی مذهبی دارد یا نه؟

نحوه تکوین مذهب از کودکی تا کنون؟

درمان بیماری جسمی و روانی از دیدگاه مذهب بیمار چگونه است؟

#### **فعالیت اجتماعی:**

روابط بیمار و کیفیت آنها (عمق و طول مدت)؟

علائق مشترک بین بیمار و دوستان؟

رابطه بیمار با افراد همجنس و غیرهمجنس؟

#### **شرایط موجود زندگی:**

محل زندگی، تعداد اتاق ها، تعداد اعضای خانواده، وضعیت و محل خواب افراد خانواده، منبع درآمد خانواده و مشکلات مالی؟

#### **تاریخچه قانونی:**

آیا بیمار دستگیر شده؟ چند بار، دلیل، مدت زندان؟

#### **تاریخچه جنسی:**

نگرش نسبت به مسائل جنسی، گرایش جنسی بیمار، تاریخچه مشکل جنسی، روابط جنسی خارج از محیط زناشویی؟

تخیلات و رویاها:

باورهای ارزشی:

باور در مورد پول، کودکان، والدین، دوستان، مسائل جنسی، جامعه و موضوعات فرهنگی؟

## معاینه وضعیت روانی

### تبیین خلاصه ای از مشاهدات و برداشتهای معاینه کننده از مصاحبه اولیه

وضعیت روانی

الف ( ظاهر

۱. **مشخصه های ظاهر فرد:** این قسمت شامل توصیف مختصر و غیر فنی از ظاهر و رفتار بیمار است. آنگونه که یک داستان نویس فردی را توصیف می کند، نگرش نسبت به معاینه کننده در اینجا توصیف می شود، ( همکاری کننده، توام با توجه، علاقه مند، رک، اغواگر، دفاعی، خصمانه، بازیگوش، خودشیرینی، طفره رفتن، احتیاط آمیز )
  ۲. **فعالیت روانی حرکتی و رفتاری:** راه رفتن، ادا و اطوار، تیک، ایما و اشاره، پیچش های عضلانی، رفتار قالبی، ضرب گرفتن، پژواک رفتار، رفتار دست و پاچلفتی و ناشیانه، فرزی و چابکی، لنگیدن، سفتی عضلات، کندی حرکات، بیش فعال، سرآسیمه، ستیزه جو، انعطاف مومی شکل
  ۳. **توصیف کلی:** وضعیت بدن، حالت اندام ها، لباس ها و آرایش موها، ناخن، سالم، مریض حال، عصبانی، ترسیده، بی احساس، گیج و بهت زده، مغرور، معذب، موقر، به ظاهر مسن، به ظاهر جوان، زنانه وار، مردانه وار؛ علایم اضطراب ( دستهای مرطوب، تعریق پیشانی، بی قراری، حالت سفت، و سخت اندام ها، صدای غیر طبیعی، چشم های گشاد)؛ تغییر میزان اضطراب در حین مصاحبه یا در رابطه با موضوعی خاص
- ب ( تکلم:

سریع ، کند ، پرفشار ، تردید آمیز ، هیجانی ، یکنواخت ، بلند ، نجوایی ، جویده جویده ، من و من کردن ، لکنت زبان ، پژواک کلام ، شدت ، ارتفاع صوت ( زیری و بمی ) ، سهولت تکلم ، خودانگیختگی ، پرباری کلام ، ادا و اطوار ، زمان واکنش ، ذخیره وازگان ، آهنگ کلام

## پ) خلق و عاطفه

۱. خلق ( هیجان مستمر و نافذی که ادراک شخص را از دنیا تحت الشعاع قرار می دهد . ) بیمار احساسات خود را چگونه بیان می کند ، عمق ، شدت طول مدت و نوسانات خلق ( افسرده ، مایوس ، تحریک پذیر ، مضطرب ، وحشتزده ، خشمگین ، منبسط ، سنگول ، تهی ، توام با احساس گناه ، مرعوب ، تحقیر نفس ، بدون احساس لذت ، خلق نوسان دار )
۲. عاطفه ( تظاهر بیرونی تجربیات درونی بیمار ) معاینه کننده عاطفه بیمار را چگونه ارزیابی می کند ( گسترده ، محدود ، کند یا سطحی ) ، اشکال در شروع ، تداوم یا قطع یک پاسخ هیجانی ، آیا تظاهر هیجانی با محتوای فکر ، فرهنگ و شرایط معاینه متناسب است یا خیر ( در صورت عدم تناسب نمونه هایی ذکر شود . )

## ت) تفکر و ادراک

### ۱. شکل تفکر

- ۱-۱ تولید فکر : فراوانی یا فقر فکر ، پرش افکار ، تفکر سریع یا کند ، تفکر تردید آمیز ، آیا بیمار خودبخود صحبت می کند یا فقط به سوالات پاسخ می دهد . جریان فکر ، نقل قول سخنان بیمار
- ۱-۲ تداوم فکر : آیا بیمار توانایی تفکر هدفمند را دارد ؟ آیا پاسخ ها مربوط هستند یا نامربوط ، اظهارات غیر منطقی ، مماسی ، حاشیه پردازی ، درهم و برهم ، طفره آمیز ، تکراری ، حاکی از انسداد فکر یا حواسپرتی

۳-۱ اختلالات زبانی : اختلالاتی که نشان دهنده مختل شدن اندیشه است نظیر تکلم بی ربط یا غیر قابل فهم ( سالاد کلمات ) تداعی های صوتی ، واژه سازی

۲. محتوای فکر : اشتغالات ذهنی در مورد بیماری ، مشکلات محیطی ، وسواس های فکری ، هراس ها ، وسواس عملی ، طرح ها یا وسواس فکری در مورد خودکشی ، دیگر کشی ، نشانه های خود بیمار انگاری ، تکانه ها یا امیال ضد اجتماعی خاص

۳. اختلالات تفکر : هذیانها : محتوای هرگونه نظام هذیانی ، سازمان آن و میزان اعتقاد بیمار نسبت به اعتبار آن ، نحوه تاثیر هذیان بر زندگی ، هذیانهای گزند و آسیب ، هذیان

متناسب یا نامتناسب با خلق

۴. اختلالات ادراکی :

۱-۴ توهمات و خطاهای حسی : آیا بیمار صداهایی می شنود یا مناظری می بیند ، محتوا ، دستگاه حسی درگیر ، شرایط وقوع ،

۲-۴ مسخ شخصیت و مسخ واقعیت : احساسات عمیق گسستگی از خویشتن یا از محیط

۵. رویاها و خیال پردازی ها

۱-۵ رویاها : رویاهای برجسته ، کابوس های شبانه

۲-۵ خیال پردازی ها : رویاهای روزانه تکراری ، مطلوب یا تردید ناپذیر

## ث) وضعیت هوشیاری و شناختی



۱. هوشیاری: آگاهی از محیط، گستره توجه، تیرگی هوشیاری، نوسانات سطح آگاهی، خواب آلودگی، بهت، بی حالی، حالات گریز مرضی، اغما

۲. موقعیت سنجی:

۱-۲ وقوف به زمان: آیا بیمار می داند بیمار روز مصاحبه چه روزی است؟ آیا بیمار می تواند زمان و تاریخ تقریبی مصاحبه را حدس بزند؟ اگر بیمار در بیمارستان است آیا بیمار

می تواند مدت بستری را بیان کند؟

۲-۲ وقوف به مکان: آیا بیمار می داند کجا قرار دارد؟

۳-۲ وقوف به شخص: آیا بیمار معاینه کننده را می شناسد و نام و نقش افرادی که با آنها در تماس است را می داند.

۳. تمرکز و محاسبه: کم کردن متوالی عدد ۷ از ۱۰۰ اگر بیمار نمی تواند به طور متوالی عدد ۷ را تفریق کند می توان از او خواست تکالیف ساده تری را انجام دهد (مانند ۴\*۹

یا ۵\*۴)

۴. حافظه: اختلال حافظه، تلاش بیمار برای کنار آمدن با اختلال حافظه

بررسی حافظه دور (اطلاعات دوران کودکی و ...)، حافظه گذشته نزدیک (چند ماه اخیر)، حافظه نزدیک (چند روز اخیر، صبحانه نهار شام چی خورده؟)

۵. ذخیره معلومات: سطح تحصیلات رسمی، برآورد قدرت هوشی،

۶. تفکر انتزاعی: بررسی مفهوم سازی، شیوه مفهوم پردازی بیمار، برخورد وی با اندیشه ها و ...

**(ج) بینش:**

میزان آگاهی و درک بیمار از بیماری خود

**(چ) قضاوت:**

آزمون قضاوت: پیش بینی بیمار در مورد آنچه در موقعیت های فرضی انجام خواهد داد؟ مثل در صورتی که پاکت تمبر داری در خیابان پیدا کردید، چه می کنید؟

**تشخیص**

محور I: اختلالات یا سندرم های بالینی (مانند اختلالات خلقی، اضطرابی، اسکیزوفرنی و ...)

محور II: اختلالات شخصیت، عقب ماندگی ذهنی و اختلالات رشدی

محور III: هرگونه اختلال طبی عمومی (مانند صرع، بیماری قلبی و عروقی، اختلالات غدد درون ریز)

محور IV: مشکلات روانی اجتماعی و محیطی مرتبط با بیماری (مانند طلاق، جراحت، مرگ عزیزان و ...)

محور V: ارزیابی کلی عملکرد ابراز شده بیمار در حین مصاحبه (مثلا عملکرد اجتماعی، شغلی و روانشناختی) در این محور یک مقیاس درجه بندی با طیفی از ۱۰۰ (عملکرد عالی) تا ۱

عملکرد کاملا مختل) مورد استفاده قرار می گیرد.

منبع : کاپلان ، سادوک . ۲۰۰۷ . خلاصه روانپزشکی . ترجمه فرزین رضاعی . ۱۳۸۷ . تهران ؛ انتشارات ارجمند . جلد اول .

- شماره تماس واحد پرستار پیگیر: ۰۶۶۳۳۴۱۵۲۶۵
  - شماره کانال جهت آموزش مجازی واحد پرستار پیگیر: ۰۹۳۰۳۳۲۸۶۳۱
  - شماره تماس واحد مددکاری-تغذیه جهت مشاوره: ۰۶۶۳۳۴۱۳۰۸۵-۰۶۶۳۳۴۱۳۰۷۸ (داخلی ۱۳۳)
  - سایت بیمارستان جهت دسترسی به کلیه مطالب آموزشی (کتابچه - پمفلت - پوستر ...) [www.nerves.lums.ir](http://www.nerves.lums.ir)
  - آدرس: درمانگاه صدیق: خرم آباد، ابتدای سه راه بالای مطهری، کلینیک خیریه صدیق شماره تماس: ۰۶۶۳۳۲۴۲۴۳۰ ساعت نوبت دهی: ۸-۱۰
  - درمانگاه ترک اعتیاد (MMT): خرم آباد، کوی اندیشه، خیابان اندیشه ۱۳ (جهت تهیه شربت متادون، شربت تنتور، قرص B2)
- آرس بیمارستان: خرم آباد - کمالوند - روبروی کهریز مجتمع پردیس دانشگاه علوم پزشکی لرستان - بیمارستان آموزشی درمانی روانپزشکی مهر - ۰۶۶۳۳۴۱۳۰۸۳
- سلامت و نشاط جسمی و روحی شما هدف و آرزوی ماست
  -